

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

Par EUGÈNE GESTAT,

Né à Saint-Maurice (Loiret), le 11 Mars 1867.

Ancien externe des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS

Sur une forme de

STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE

SURVENANT DANS LE COURS DE LA

SCARLATINE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Professeur : M. BALLET.

Agrégés : MM. { MARFAN.
ROGER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

374

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

Par EUGÈNE GESTAT,

Né à Saint-Maurice (Loiret), le 11 Mars 1867.

Ancien externe des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS

Sur une forme de

STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE

SURVENANT DANS LE COURS DE LA

SCARLATINE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Professeur : M. BALLET.

Agrégés : MM. { MARFAN.
 } ROGER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILIAUX.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en donnera aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE et A MA MÈRE,

A MON BEAU-FRÈRE

A MA SOEUR

A MES PARENTS,

A TOUS MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A TOUS MES MAÎTRES :

M. BROUARDEL

(Externat 1891-1892).

M. DESPRÉS

(Externat 1890-1891).

M. TARNIER

M. LABOULBÈNE.

M. POIRIER.

M. DUGUET.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

M. TENNESON.

M. GAUCHER.

M. LEGENDRE.

CONSIDÉRATIONS
SUR UNE FORME DE
STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE
SURVENANT DANS LE COURS DE LA
SCARLATINE

INTRODUCTION

Pendant notre court séjour à l'hôpital Trousseau, nous avons pu suivre de près, dans le service de M. Sevestre, un assez grand nombre de petits malades atteints de scarlatine ; ce qui nous a frappé, ce n'est pas l'angine concomitante de cette maladie, puisque chacun sait que ces deux affections sont pour ainsi dire inséparables, et que l'angine est à la scarlatine ce que le coryza est à la rougeole.

Mais nous avons été à même de constater la fréquence relative des angines pseudo-membraneuses.

Nous nous sommes borné dans notre étude à

montrer que ces fausses membranes peuvent quelquefois envahir les différentes parties de la cavité buccale, s'y installer, et y déterminer des *stomatites* extrêmement graves.

Or l'examen nous a montré que dans ces cas nous nous trouvions en présence du streptocoque, ce qui coïncide bien avec les recherches antérieures qui ont été faites au sujet des angines pseudo-membraneuses de la scarlatine par M. Bourges dans sa thèse de 1890-1891.

Quant au traitement de ces stomatites nous en parlerons plus loin en notant le résultat obtenu par M. Sevestre que nous nous empressons de remercier à l'occasion de notre thèse inaugurale.

Nous n'oublierons pas non plus notre excellent maître et ami M. Perron, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous prêter son concours éclairé et qui eut l'obligeance de faire l'examen bactériologique des pièces que nous avions à observer dans les deux cas que nous mentionnons dans notre thèse

Au moment de quitter l'enseignement de nos maîtres, il est de notre devoir de leur témoigner toute notre reconnaissance

Que M. le professeur Debove veuille bien prendre une grande part de nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèses.

C'est encore avec plaisir que nous offrons nos

hommages à M. le docteur Lavielle et à M. le docteur Poirier, professeur agrégé chef des travaux anatomiques, pour l'affection et l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté.

Nous avons eu l'honneur d'être externe dans le service de MM. Després et Brouardel, stagiaire dans le service de MM. Laboulbène, Tarnier, G. Sée, Duguet, Tenneson, Legendre et Gaucher, dont nous avons suivi successivement le brillant enseignement; qu'ils veuillent bien agréer l'expression de notre gratitude et accepter les témoignages de toute notre respectueuse affection.

HISTORIQUE

Les formes graves de l'angine scarlatineuse sont connues au point de vue clinique depuis longtemps. Avant même que les travaux de Bretonneau eussent fait connaître la « diphtérie », de nombreux auteurs (1) avaient décrit les épidémies de scarlatine maligne qui avaient sévi en Europe à la fin du XVIII^e siècle. Bien qu'ils eussent méconnu les rapports qui existaient entre le « mal de gorge ulcéreux », « le mal de gorge putride » et « la scarlatine », Huxham (2) et Iothergill (3), pour ne citer que les plus célèbres parmi les historiographes de la scarlatine à forme angineuse, en avaient laissé des descriptions remarquables. Plus tard Bretonneau (4) ne reconnaissant pas, dans les angines à fausses membranes de la scarlatine, les symptômes locaux et généraux de sa diphtérie,

(1) *Noirot*. Histoire de la scarlatine, 1847.

(2) *Huxham*. Essai sur les fièvres. Paris, 1765.

(3) *Iothergill*. An accout of the sore throat. Londres, 1874.

(4) *Bretonneau*. Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphtérie. Paris, 1826.

avait résolument séparé ces deux entités morbides.

Après lui, commence une série de discussions sur la nature des angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, discussion qui devait durer jusqu'au jour où la bactériologie vint donner raison à l'illustre médecin de Tours.

D'une part nous voyons Trousseau (épidémie de Raincy, Seine-et-Oise) Rilliet et Barthez, Laboulbène, G. Sée, Desnos, Lasègue, Legroux, Sevestre, Hénocque et bien d'autres, proclamer la distinction absolue entre les angines précoces non diphthéritiques et les angines tardives diphthéritiques. D'autre part Trousseau revenant sur sa première opinion, Grisolle, Peter, Archambault, Cadet de Gassicourt, Holbey, Hardy, Jaccoud affirment que toutes les fausses membranes qu'on rencontre dans la gorge des scarlatineux sont manifestement de nature diphthéritique.

Nous n'avons pas l'intention de refaire en détail l'histoire de ces discussions dont on trouvera un excellent résumé dans les articles du *Dictionnaire encyclopédique*, en particulier dans l'article du *Dictionnaire de Dechambre*, dû à la plume de Sanné, et dans une thèse remarquable soutenue par le docteur Bourges (1).

Aussi bien ce serait sortir des limites de notre sujet.

(1) *Bourges*. Les angines de la scarlatine, 1891.

En fait le point de litige dans toutes ces discussions c'était la forme angineuse de la scarlatine, avec son cortège de symptômes généraux graves : tuméfaction énorme des ganglions cervicaux qui accompagne l'angine pseudo-membraneuse, sa terminaison funeste si fréquente.

Il était vraiment bien difficile de ne pas rapprocher ces faits de la forme toxique de l'angine diphtérique et les toutes récentes recherches bactériologiques, en faisant connaître les associations du streptocoque et du bacille de Lœfler dans la diphtérie toxique, ont démontré le bien-fondé de ces rapprochements dans une certaine mesure. Il est cependant aujourd'hui démontré que ces *angines pseudo-membraneuses précoces* de la scarlatine ne relèvent pas de la diphtérie. Depuis que, grâce aux recherches de Klebs (2), de Lœfler (3), de Roux et Yersin (4), il est facile d'isoler le bacille de la diphtérie par culture sur serum simple, ou sur serum peptonisé, une série d'auteurs ont appliqué ce procédé de diagnostic bactériologique rigoureux, à l'étude des angines scarlatineuses.

Confirmant les premières indications de Trousseau, ils ont établi que : 1° l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine, quelle que soit sa gravité, n'est pas de nature diphtérique ;

(2) Klebs. Corres. Bl. f. schweiz, artze., 1883.

(3) Lœfler. Centralbat f. Bacter, 1887.

(4) Roux et Yersin. Annales de l'Inst. Pasteur, 88, 89, 90.

quelques réserves étant faites sur les cas de coexistence des deux maladies (scarlatine et diphtérie) à la période d'éruption (Sevestre (1), Bourges 2) ;)

2° Que l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine reconnaît pour cause, une infection secondaire, due à un *streptocoque* que des travaux ultérieurs ont démontré identique au streptocoque de l'érysipèle ; ce streptocoque pouvant d'ailleurs être associé aux autres microbes pyogènes : staphylocoque blanc et doré ; à des microbes, hôtes habituels des cavités naturelles : *Bacterium coli* ;

3° Que par contre les angines pseudo-membraneuses *tardives* de la scarlatine étaient toujours diphtéritiques.

Tels sont les résultats acquis par des travaux récents dont la plupart sont postérieurs à 1889. Passant rapidement sur les recherches de Wood, de Formade, de Deume qui ont constaté dans les fausses membranes des angines pseudo-membraneuses précoces, des cocci en chaînette qu'ils n'ont pas cultivés ; nous citerons parmi les auteurs dont les travaux plus complets ont permis d'arriver aux conclusions que nous donnons plus haut.

Lœfler qui dans son remarquable mémoire sur la diphtérie déjà cité, avait étudié de près des

(1) *Sevestre*. Société médicale des hôpitaux, 9 mai 1890. Médecine moderne, 15 mai.

(2) *Bourges*, loc. cit.

angines pseudo-membraneuses scarlatineuses, dans lesquelles il avait isolé et cultivé un streptococque qu'il regarde comme voisin de celui de l'érysipèle.

Heubuer et Bahrt (1), Crooke (2), Fraenkel et Freudenberg (3), Prudden (4), enfin le travail publié en collaboration par MM. Wurtz et Bourges (5), et la thèse de ce dernier.

Nous signalons seulement pour mémoire les recherches faites par différents bactériologistes sur les infections secondaires dans la scarlatine; travaux qui ont démontré que ces infections secondaires étaient dues, elles aussi, presque toujours au streptococque de l'érysipèle.

L'étude des angines pseudo-membraneuses de la scarlatine paraît donc aujourd'hui complète au point de vue clinique et au point de vue bactériologique; aussi limitant notre sujet, n'avons-nous pas songé à revenir, après tant d'autres, sur la scarlatine à forme angineuse. Mais nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Trousseau, *deux faits* de *stomatites pseudo-membraneuses* très intenses et très graves, chez des enfants, au déclin d'une scarlatine.

(1) Heubuer et Bahrt. Berl. Klin. Wochens., 1884.

(2) Crooke. Iortich der med., 1885.

(3) Frankel et Freudenberg. Centralb. f. Klinisch. med., 1885.

(4) Prudden. American Journ-of med. sc., 1889.

(5) Wurtz et Bourges. Archives de médecine, exj., 1890.

Dans ces deux cas, l'angine pseudo-membraneuse, quoiqu'elle fût indiscutable, passait en quelque sorte au second plan, en présence des phénomènes intenses qu'on observait dans la cavité buccale.

Ce sont ces deux observations que nous rapportons plus loin ; nous espérons montrer qu'il y a parmi les complications bucco-pharyngées de la scarlatine, à côté de la forme angineuse proprement dite et qui est limitée à l'arrière-gorge, une autre complication, rare d'ailleurs, qui touche la muqueuse buccale, qui s'accompagne de phénomènes généraux et locaux graves, identiques à ceux qu'on peut observer dans la forme angineuse pure et qui est due au même agent pathogène : *au streptocoque de l'érysipèle*.

Lorsqu'on se reporte aux traités classiques, on voit que certains auteurs, en décrivant la forme grave de l'angine pseudo-membraneuse précoce, rapportent que dans un certain nombre de cas, on a vu les fausses membranes gagner la langue et la commissure des lèvres ; d'autres négligent complètement cette complication tout en parlant avec beaucoup de soin de l'extension de l'angine pseudo-membraneuse précoce aux fosses nasales, au larynx et même à la conjonctive. C'est ainsi que Barrier (1) dit que : « la stomatite est quelque fois pseudo-membraneuse dans la scarlatine. »

(1) *Barrier*. Pratique des maladies de l'enfance, p. 534.

Rilliet et Barthez (1) ont vu quelques cas rares dans lesquels « les gencives grosses et rouges se recouvraient de plaques blanches.

Blache et Guersant (2) affirment que dans la scarlatine à forme angineuse; « les stomatites couenneuses et la gangrène de la bouche s'observent quelquefois, mais qu'elles sont beaucoup plus communes dans la rougeole. »

Lasègue (3) a vu assez souvent l'extension des fausses membranes se faire aux fosses nasales, aux yeux et au larynx, mais pas à la cavité buccale.

Voici ce qu'en dit textuellement Sanné dans le *Dictionnaire encyclopédique* (art. *complication*) : « Superficielle et passagère, dans la plupart des cas, la stomatite peut devenir plus intense, plus persistante : on voit alors les gencives rester rouges, molles, tuméfiées, saignantes. La face interne des joues participe à cet état ; la mastication est rendue douloureuse ; le muguet s'étend volontiers sur ces parties. A côté de cette variété bénigne de stomatite, nous trouvons la stomatite ulcéro-membraneuse, affection bénigne aussi, mais plus profonde et plus tenace quand elle est livrée à elle-même ; elle appartient peu aux premiers temps de la scarlatine, c'est pendant la con-

(1) *Rilliet et Barthez*, p. 587.

(2) *Blache et Guersant*. Ext. de porth. infantile, 1883.

(3) *Lasègue*. Traité des angines.

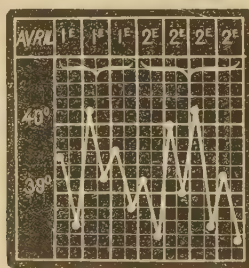
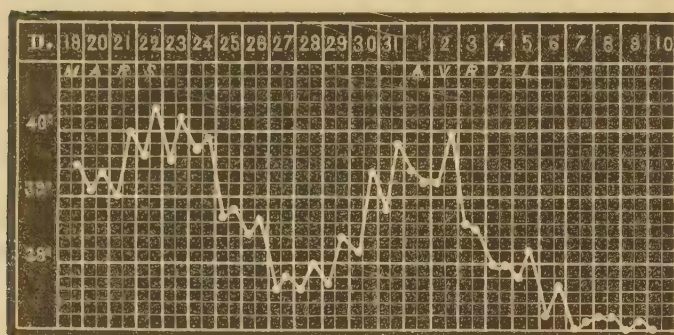
valescence qu'elle est la plus commune. La stomatite aphteuse se rencontre quelquefois, j'ai observé un cas au 3^e jour de l'éruption. Ces aphles étaient très confluentes, la tuméfaction marquée, la douleur très vive », il signale en outre un cas particulier de glossite parenchymateuse qui ne rentre pas dans notre sujet, et un cas de glossite plus superficielle dans laquelle « la langue présentait une assez large ulcération ».

Louis Guinon, dans son article remarquable sur les fièvres éruptives du *Nouveau traité de médecine*, dit seulement que « sous la forme grave de l'angine pseudo-diphthérique, les membranes recouvrent les amygdales, le voile, quelquefois la langue et les lèvres. Enfin Bourges (1), dans sa thèse, rapporte bien en passant quelques cas dans lesquels il signale l'extension aux lèvres sans d'ailleurs y attacher d'importance (Obs. XXXVI, XL, XLI, XLIII, XLIX, LIII).

(1) *Bourges*, loc. cit.

OBSERVATION I

Scarlatine intense; Oïte moyenne aiguë bilatéral au troisième jour de la maladie; Angine pseudo-membraneuse précoce, légère rémission des accidents; Au douzième jour éruption infectieuse; Stomatite pseudo-membraneuse très intense; Phénomènes généraux très graves; Amélioration en 36 heures des accidents locaux et généraux à la suite de bains froids; Convalescence courte.



Van M... (Philippe), 8 ans, entré le 19 mars 1893 au

pavillon Davenne (scarlatine), service de M. le docteur Sevestre, à l'hôpital Trousseau.

Aucun renseignement intéressant à noter sur ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont bien portants, l'enfant assez vigoureux a eu à l'âge de 2 ans la rougeole, à 4 ans une attaque de faux croup à l'occasion d'un « gros rhume ».

L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté brusquement il y a deux jours par des vomissements qui ont été suivis de douleurs vives dans la gorge et dans les oreilles, il est devenu « tout rouge » 24 heures après.

Etat actuel, 20 mars. — Eruption de scarlatine très intense, d'un rouge vineux. Otite moyenne bilatérale suppurée; les deux oreilles coulent beaucoup. La langue d'un rouge vif commence à se dépouiller de son épithélium.

La gorge est rouge foncé, elle saigne très facilement à la moindre tentative d'exploration. De larges fausses membranes d'un blanc mat tranchant sur la couleur du reste de la gorge, couvrent les piliers antérieurs du voile du palais, la luette sur ses bords et à sa pointe, les deux amygdales et les deux piliers postérieurs. Quelques plaques blanches isolées se détachent sur le fond du pharynx.

Lavages boriqués de l'oreille et grandes irrigations buccales deux fois par jour. L'ensemencement est fait sur un tube de Sérum-Wiesnegg.

21 mars. — La culture sur sérum maintenue à 37° n'a pas poussé.

22 mars. — L'éruption pâlit, cependant la température se maintient très élevée; l'enfant est très battu, il maigrit,

Les oreilles coulent toujours abondamment, à l'angle de la mâchoire, sont apparues des masses ganglionnaires

formées de 3 à 4 ganglions du volume d'une grosse noisette, sans périadénite.

Etat de la bouche et de la gorge. — Langue rouge, vernissée, complètement dépouillée, sèche. Les lèvres d'un rouge vif présentent quelques fissures superficielles sur leur bord libre. Rien à noter sur la face interne. La gorge est rouge, elle saigne au moindre contact. Les fausses membranes sont devenues pulpeuses, grisâtres; elles paraissent s'enfoncer dans la muqueuse surtout au niveau des piliers antérieurs de la luette qui paraissent ulcérés et comme rongés.

Desquamation et larges plaquettes sur le cou et la partie supérieure du tronc. Le pouls est rapide (120 puls.), est étalé et mou. Rien dans la poitrine. Rien au cœur. Les urines rares (600 gr.) foncées, contiennent un nuage léger d'albumine. Sulfate de quinine 0,40 cent.

24 mars. — L'état général reste mauvais, l'enfant est triste et abattu. Il a le facies d'un typhique à la période d'état. L'écoulement d'oreille est un peu moins abondant. La langue est rouge et sèche. L'état de la gorge reste stationnaire. Les ganglions sous-maxillaires n'ont pas augmenté de volume.

25 mars. — Amélioration légère; l'enfant est moins abattu. Les fausses membranes de la gorge sont jaunes, déliquescentes.

27 mars. — Température 37°6. La gorge se nettoie un peu, les oreilles ne coulent plus, l'état général est meilleur. la desquamation s'étend aux mains et aux pieds. Suppression du sulfate de quinine.

30 mars. — La température remonte depuis hier; à la contre-visite du soir, on constate une éruption limitée aux membres supérieurs et inférieurs, prédominant sur la face

antérieure des cuisses, elle est formée de papules très fines dont quelques-unes ont pris un aspect vésiculeux. Au centre des vésicules on voit de petits points jaunâtres purulents. Il n'y a pas d'extravasation sanguine dans ces papules, car la pression les fait disparaître complètement.

Gorge. — Les fausses membranes se sont reformées; elles tapissent, en couches épaisses, toute la surface des amygdales, les piliers et la face postérieure du pharynx buccal. De plus on constate pour la première fois un semis de fausses membranes arrondies qui se sont développées sur toute la muqueuse linguale; elles ont envahi en même temps la face supérieure, les bords, la pointe et même la face inférieure de l'organe. Ces fausses membranes d'un blanc mat sont adhérentes; la muqueuse saigne quand on veut les enlever. En outre, autour d'elle, il se fait une sorte de sillon qui donne à l'ensemble l'aspect d'une ulcération superficielle dont le fond serait recouvert d'une fausse membrane. Les mouvements de projection de la langue en avant sont très difficiles et très douloureux.

A la face interne des lèvres apparaissent également quelques petites fausses membranes présentant les mêmes caractères que sur la langue. Rien à noter sur le bord libre des lèvres, sur les gencives, sur le voile du palais. L'état général redevient inquiétant, l'enfant est somnolent et prostré; les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume.

L'enfant est transporté au pavillon des « douteux », nouvel ensemencement sur sérum des fausses membranes de la gorge.

31 mars. — Les cultures sur sérum, après 24 heures à 37°, n'ont pas donné de colonies de bacilles de Lœfler. Cependant, depuis hier, les fausses membranes se sont

beaucoup étendues. Les lèvres sont prises sur leur bord libre, une large fausse membrane a envahi toute la commissure du côté gauche. La surface muqueuse des lèvres est recouverte en totalité de ce côté. De plus, sur la face cutanée de la lèvre supérieure (face qui la veille ne présentait aucune trace d'ulcération), s'est formée une large fausse membrane qui remonte vers la racine du nez, sur une hauteur d'un bon travers de doigt, en décrivant une sorte d'encoche à concavité inférieure. Un liseré rougeâtre entoure cette fausse membrane qui est gris noirâtre. L'haleine est fétide.

L'examen de la bouche, rendu très difficile par suite de la douleur que ressent l'enfant, permet de constater cependant que les fausses membranes qui recouvrent la langue et les lèvres se sont considérablement étendues; elles tendent à devenir confluentes presque partout et dessinent des départements de muqueuses de forme irrégulière d'un rouge vif. Leur couleur a changé: hier, elles étaient d'un blanc vif, ce matin, elles ont une apparence jaune grisâtre. Les lèvres, qui saignent au moindre attouchement, la langue, la face interne des joues sont envahies. Quelques petites fausses membranes sont apparues sur la surface du voile du palais. Il est impossible de se rendre compte de l'état de la gorge, à cause du trismus — les ganglions sous-maxillaires sont volumineux — l'état général est très inquiétant, l'enfant est pâle et très abattu, les urines contiennent de l'albumine.

L'éruption constatée la veille sur les membres ne s'est pas généralisée; quelques vésicules ont suppuré et se sont fletées; la plupart des papules sont restées à l'état de papules, elles sont d'un rose vif; quelques-unes plus pâles présentent à leur périphérie une fine collerette de

desquamation furfuracée. La culture des fausses membranes labiales, buccales et pharyngées sur sérum et sur agar est réitéré; on verra le résultat plus loin.

1^{er} avril. — Les fausses membranes qui recouvrent les lèvres et leur surface cutanée sont aujourd'hui noirâtres; elles ont pris un aspect gangreneux; l'haleine est fétide, les lèvres, dans leur ensemble, se sont gonflées; les parties, restées indemnes jusqu'ici se fissurent et laissent suinter un peu de sang. Trismus intense qui empêche de voir nettement le fond de la gorge; l'état de la langue ne s'est pas modifié. L'état général va de mal en pis, l'enfant a eu du délire la nuit; ce matin, il ne se tient plus assis sur son séant, on est obligé de le maintenir pour pouvoir l'ausculter, il marmotte sans cesse quelques mots intelligibles. Rien au cœur. Rien à la poitrine, sauf quelques râles sous-crépitaux fins aux deux bases, sans modification appréciable de la sonorité à ce niveau.

Examen du sang. — Du sang est étalé sur plusieurs lamelles, fixé au mélange d'alcool et d'éther par parties égales et coloré au violet de gentiane; pas de microbes et en particulier pas de streptocoques. Comme traitement, potion de Todd avec 60 grammes de rhum et 2 grammes d'extrait de quinquina; 4 bains froids à 20 degrés, de 5 minutes de durée dans les 24 heures, et 40 centigr. de caféine en injections sous-cutanées. (Voir tableau de température avant et après les bains froids). Les températures après le bain ont été prises deux heures après la sortie de l'eau au moment où l'on sortait l'enfant de la couverture dans laquelle s'accomplissait la réaction.

2 avril. — Trois bains ont été donnés hier, ils ont été bien supportés. L'état général est toujours de plus en plus inquiétant. Délire intense, l'enfant cherche à descendre du

lit, on est obligé de l'attacher. Même état local de la cavité buccale. L'éruption papuleuse pâlit et s'efface. Même traitement.

3 avril. — *A la visite du matin*, amélioration évidente, l'enfant ne délire plus, il a l'air moins abattu et moins prostré, il tire aujourd'hui la langue en dehors de la bouche. Les fausses membranes sont moins confluentes, elles tendent à rétrocéder et laissent à leur place de petites ulcérations superficielles; il en est de même à la face interne des lèvres; l'haleine est moins fétide. Même traitement.

Le soir, la température n'ayant pas monté au delà de 39°, on n'a pas donné de bains froids. L'éruption papuleuse s'efface. L'enfant est resté éveillé toute la journée, il ne délire plus, il a bu environ un demi-litre de lait dans la journée et il a uriné à plusieurs reprises,

4 avril. — L'amélioration de l'état général et de l'état local fait des progrès rapides. La température est à 38° ce matin. Localement, les fausses membranes disparaissent avec une *rapidité extraordinaire*. La grande plaque noirâtre qui recouvrait la surface cutanée de la lèvre supérieure du côté gauche, commence à tomber en déliquescence. La langue s'est nettoyée dans sa presque totalité. Il ne reste plus qu'un semis de petites ulcérations du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, qui persistent surtout sur les bords et sur la face inférieure. Le trismus beaucoup moins marqué permet de faire un examen suffisant de la gorge. Les piliers et les amygdales paraissent creusés d'ulcérations dont le fond serait recouvert d'un détrit grisâtre d'aspect pultacé et non pseudo-membraneux. Le fond du pharynx est rouge, mais il ne présente plus de

fausses membranes du moins dans la partie accessible à l'examen.

5 *avril*. — Les lèvres diminuent de volume, elles ne saignent plus, les fausses membranes disparaissent. La langue, d'un rouge vif, est presque nette ce matin. Même aspect de la gorge qu'hier. Les urines ne contiennent plus d'albumine. On commence à alimenter l'enfant

7 *avril*. — La convalescence commence. Sur les lèvres, plus trace de fausses membranes. Il reste une surface rose sur laquelle l'épiderme se reforme avec rapidité. La langue est complètement nette. Dans les cryptes amygdaliennes, il reste seulement quelques détritits grisâtres. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire diminue.

L'enfant réclame à manger. Les urines se sont élevées à 1200^{cc}.

La convalescence a continué sans incidents notables. Replacé au pavillon de la scarlatine, l'enfant a repris très vite sa gaieté. Il a passé très rapidement de l'état de maigreur squelettique où il se trouvait à un embonpoint satisfaisant. Sa desquamation terminée, il a été rendu à ses parents le 7 mai.

Il ne reste plus trace de la stomatite qu'un aspect rose clair de la peau de la lèvre supérieure gauche à l'endroit de la fausse membrane, et quelques petits ganglions sous-maxillaires, du volume d'un haricot.

(1^{re} observation) EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

1^{er} *avril*. — Les tubes d'agar ont étéensemencés avec la spatule de platine. Il a été fait trois ensemencements successifs avec fausses membranes des lèvres, fausses membranes de la langue, fausses membranes de la gorge. Chacune de ces fausses membranes ont été semées sur

deux tubes de sérum (Sérum I et II) et sur deux tubes d'agar (agar I et II). Les tubes n° II ont étéensemencés sans reprendre de la semence. Toutes les cultures ont été mises à l'étuve à 35°-36° pendant 24 heures.

LÈVRES. — Pas de culture appréciable sur les tubes de sérum.

Agar I. — Des colonies très abondantes apparaissent ; les plus nombreuses ont le volume d'une tête d'épingle, sèches, blanches ; elles sont formées de *streptocoques* à l'état de pureté. Les chaînettes sont courtes. D'autres colonies beaucoup moins nombreuses mais plus volumineuses, étalées, d'apparence humide, sont la plupart d'un blanc mat, quelques-unes sont jaune orangé. Ces deux variétés présentent à l'examen des *microcoques* en amas (staphylocoques blancs et jaunes).

Agar II. — Les colonies ont également poussé, elles sont formées à l'état de pureté presque absolue de *streptocoques*, il y a seulement deux colonies de *staphylocoques blancs*.

LANGUE. — Les deux tubes de sérum n'ont pas poussé.

Agar I. — Même aspect que pour les lèvres, même résultat à l'examen sur lamelles ; cependant les colonies de *staphylocoque doré* sont beaucoup plus nombreuses que celles du *staphylocoque blanc*.

Agar II. — Nombreuses colonies de *streptocoques* mêlées à quelques colonies de staphylocoques dorés.

GORGE. — Les deux tubes de sérum n'ont pas poussé.

Agar I. — Les colonies de *streptocoques* sont ici de beaucoup prédominantes, il n'y a plus que quelques colonies assez espacées de staphylocoques blancs et jaunes.

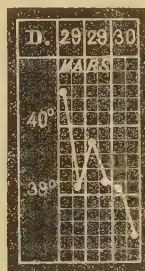
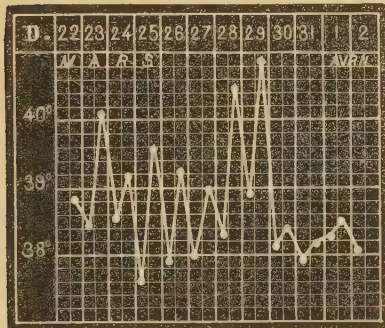
Agar II. — Colonies de *streptocoques* à l'état de pureté une seule colonie de staphylocoque blanc.

Sur une des colonies vérifiées sur agar II on prélève une semence qui est portée dans un bouillon ; le bouillon après 24 heures à l'étuve à 35° présente à sa partie inférieure des flocons épais et on trouve à l'examen une *culture pure de streptocoques* en longues chainettes. Le 2 avril 1^{er} de ce bouillon est injecté sous la peau de l'abdomen d'un cobaye de 450 gr. l'animal n'a présenté aucune réaction.

Avant cette inoculation, ce bouillon a servi à ensemencer des tubes de gélatine qui ont donné des cultures caractéristiques de *streptocoques*.

OBSERVATION II

Scarlatine ; Stomatite pseudo-membraneuse très intense et généralisée ; Angine pseudo-membraneuse précoce ; Phénomènes généraux inquiétants ; Amélioration en 24 heures des accidents locaux et généraux à la suite des bains froids.



Dum... Suzanne, âgée de 6 ans, entre le 22 mars 1893, dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Trousseau (Pavillon des Douleurs). C'est une enfant assez chétive, mais dont

les parents sont bien portants. Elle a eu la rougeole il y a un an, deux mois après, une angine probablement diphthérique puisqu'elle a été soignée au pavillon Bretonneau. Au mois de décembre dernier elle a eu une coqueluche intense qui se terminait à peine quand a débuté l'affection pour laquelle on l'amena à l'hôpital.

Dix jours avant son entrée (le 12 mars) dit la mère, elle a été prise brusquement d'une éruption généralisée, qualifiée par le médecin qui la vit au début de « *Rougeole vraie* », cependant cette éruption de *rougeole* ne ressemblait pas à celle de l'année précédente, l'enfant avait beaucoup de fièvre mais elle ne toussait pas.

Cette éruption dura trois jours, à la suite l'enfant qui souffrait de la gorge depuis le début des accidents, commença à se plaindre de la bouche ; « on lui trouva du blanc dans la gorge », c'est alors qu'on l'amena à l'hôpital avec le diagnostic de diphthérie.

22 mars. — *Examen à l'entrée.* — L'enfant paraît assez abattue, cependant le teint n'est pas plombé, les joues sont colorées, les lèvres sont recouvertes sur leur bord d'un enduit noirâtre fuligineux, l'haleine est fétide. Adéno-pathie sous-maxillaire assez intense, bilatérale.

Examen de la bouche. — A la face interne des lèvres on voit une série de fausses membranes grisâtres du volume d'une lentille ; quelques-unes sont isolées, un bon nombre confluentes décrivent des figures à contour polycyclique. Chacune de ces fausses membranes qui sont peu résistantes et qui se détachent avec assez de facilité, paraît enfoncée dans une dépression de la muqueuse. Celle-ci laisse suinter un peu de sang après l'ablation. — Ces fausses membranes très nombreuses à la surface des lèvres supérieures et inférieures sont plus rares à la face interne des joues où

l'on en trouve cependant quelques-unes. — Par contre à la face supérieure de la langue, sur les bords, la face inférieure on les retrouve extraordinairement confluentes. Toutes ont l'air enfoncées dans de petites dépressions de la muqueuse.

Un certain nombre présentent un aspect polycyclique mais la plupart dessinent des figures irrégulières. — Dans les petits intervalles restés libres, la muqueuse linguale est rouge sombre, vernissée, elle saigne avec la plus grande facilité. -- Les mouvements de projection de l'organe en totalité sont très douloureux, la pointe dépasse à peine les arcades dentaires. Il y a de plus un trismus assez marqué et il faut soutenir avec l'enfant une véritable lutte pour examiner le fond de la gorge.

On voit alors sur la voûte palatine deux longues trainées pseudo-membraneuses dont l'aspect ressemble absolument à celles qui recouvrent la face muqueuse des lèvres. — Sur la luette un amas de fausses membranes du volume d'une lentille. Ces piliers antérieurs sont recouverts depuis la base de la luette d'une trainée blanc grisâtre de fausses membranes, à la limite desquelles la muqueuse paraît rongée et ulcérée. Les amygdales grosses, rouges, saignant très facilement, sont recouvertes à leur face interne de fausses membranes à contours irréguliers et qui sont enchatonnées en quelque sorte dans leur tissu. Pas de fausses membranes sur le fond du pharynx. L'orifice des narines est ulcéré.

L'enfant a un jetage nasal abondant formé d'une sérosité louche. Rien à noter dans la poitrine ni dans l'abdomen, desquamation pityriasique sur le cou, l'extrémité supérieure du tronc et les membres supérieurs ; pas d'albumine dans l'urine. Les fausses membranes de la voûte palatine sontensemencées sur *serum* et sur *agar*. Quatre

irrigations boriquées tièdes dans les 24 heures, dans la bouche et dans le nez.

23 mars. — Les cultures sur serum n'ont pas donné de bacille de Lœfler (voir plus loin le résultat des cultures sur agar). L'état local est stationnaire. L'état général est bon, cependant le soir la température s'élève à 40°. Sulf. de quinine 0,25 c.

24 mars. — Le fond de la gorgè se nettoie un peu, mais les fausses membranes gagnent le bord libre des lèvres et des commissures, elles s'étendent en outre sur la voile du palais.

25 mars. — L'enfant qu'on ne peut empêcher de porter ses mains à sa bouche présente à chacun des deux *medius* une tourniole qui est aussitôt ouverte et pansée antiseptiquement.

28 mars. — L'état général est bon, l'état local reste stationnaire. Cependant les fausses membranes se réduisent à des débris d'apparence pultacée sur les amygdales.

29 mars. — La température est remontée brusquement à 40° hier soir, la nuit a été mauvaise, le sommeil de l'enfant agité ; léger délire. Les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume ; le soir à la contre-visite 40°,8, l'enfant est inquiet ; 4 bains froids à 20° dans les 24 heures de 3 minutes de durée ; 0,20 c. de caféine en injection sous-cutanée en deux fois, potion de Todd avec 60 grammes de rhum et 2 grammes d'extrait de quinquina.

30 mars. — Ce matin, amélioration notable, la nuit a été assez tranquille, l'enfant a bien dormi dans l'intervalle des bains. Le soir, la température est de 38°,4, les fausses membranes du bord libre des lèvres se flétrissent ; celles qui recouvrent la langue se détachent et laissent à leur

place des ulcérations superficielles dont le fond est brun rougeâtre.

31 mars. — L'enfant va beaucoup mieux, les fausses membranes disparaissent avec rapidité. La langue d'un rouge vif, vernissé, n'en présente plus que de très rares à sa face inférieure. Les ulcérations qu'on constatait hier sur ses bords libres sont en voie de réparation rapide, la luvette se nettoie.

2 avril. — Etat général excellent, la malade commence à s'alimenter. Il n'y a plus rien sur les lèvres ni sur la langue ; seules les amygdales sont encore rouges et dans leurs cryptes conservent des restes d'exsudats.

La desquamation constatée au début s'est étendue aux membres inférieurs mais elle est restée peu abondante et formée de fines écailles de petit volume.

3 avril. — Les parents demandent à emmener l'enfant.

(2^e Observation). EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

23 mars. — Les fausses membranes de la voûte palatine seulement ont étéensemencées par le même procédé que pour Van M.... Sur deux tubes de serum (I et II) et sur deux tubes d'agar (I et II).

Les deux tubes de serum après 24 heures de séjour à l'étuve de 36° et 37° n'ont rien donné.

Agar I. — Cultures très abondantes après ensemencement, trois espèces de colonies, les premières les plus nombreuses, très petites, et transparentes ont donné à l'examen des *streptocoques* à chaînettes courtes, à éléments petits ; les deuxièmes très nombreuses également : colonies blanchâtres, opalescentes, humides, ont donné à l'examen, des *microcoques* en amas abondants ; les troisièmes beaucoup plus rares, jaune soufre, ont le même

aspect étalé et humide que les colonies de la deuxième culture, *microcoques* en amas comme les précédents.

Agar II. — Culture beaucoup moins abondante que sur le tube d'agar I; on trouve encore des *streptocoques*. Ces colonies portées sur du bouillon a donné, au bout de 24 heures, une colonie pure de *streptocoque* qui a été vérifiée ensuite par une culture sur gélatine.

RÉFLEXIONS.

Si nous résumons l'histoire de nos deux malades nous voyons :

1^o Le premier, Van M..., douze jours après le début d'une scarlatine sévère, compliquée d'otite bilatérale, accompagnée d'une éruption infectieuse au début de la période de desquamation, a été pris d'une stomatite pseudo-membraneuse généralisée avec élévation considérable de température et phénomènes généraux des plus inquiétants. — Nous voyons que ces différents accidents : lésions locales et symptômes généraux dont l'intensité était telle qu'ils avaient fait porter le pronostic le plus grave, ont cédé d'une façon très rapide à la suite de l'emploi des bains froids. — Les résultats des cultures de ces pseudo-membranes ont montré leur identité au point de vue bactériologique avec celles qu'on constate dans les cas de forme angineuse grave de la scarlatine :

streptocoques associés aux *staphylocoques blancs et jaunes*.

2° Le second malade, Suzanne Dum..., huit à dix jours après le début d'une éruption que nous n'avons pas suivie à l'hôpital, mais que l'on peut diagnostiquer : scarlatine de par les commémoratifs et la desquamation à l'entrée, a été prise de stomatite pseudo-membraneuse généralisée avec phénomènes généraux moins marqués que dans notre première observation, mais néanmoins inquiétants ; nous voyons que ces deux phénomènes : lésions locales et symptômes généraux ont cédé eux aussi très rapidement à la suite de l'emploi des bains froids.

Enfin, le résultat de cultures malheureusement moins complet que pour la première observation ont néanmoins démontré qu'on avait affaire à une infection buccale par le *streptocoque* associé au *staphylocoque blanc et jaune*.

Nos deux observations sont donc très exactement superposables, avec de légères différences dues vraisemblablement à des degrés dans la virulence de l'agent pathogène, virulence qui n'a pu être malheureusement mesurée.

Tels sont les faits sur lesquels nous nous appuyons pour faire remarquer qu'il existe une stomatite à laquelle on pourrait donner le nom de : *Variété buccale de la forme angineuse de la scarlatine*. Nous exposerons maintenant les quel-

ques réflexions que nous ont suggérées l'étude de ces deux cas.

Etiologie. — La cause des accidents présentés par nos deux malades n'a pas été trouvée dans l'état antérieur de la bouche. La dentition de ces deux enfants était satisfaisante et nous avons vu maintes fois des scarlatineux dont la cavité buccale présentait un état en apparence beaucoup plus défectueux, guérir sans présenter des accidents analogues à ceux que nous avons rapportés. Dans notre premier cas on peut invoquer, par contre, une sorte de malignité particulière de la scarlatine qui, dès le troisième jour s'était compliquée d'une otite bilatérale déjà suppurée, qui s'est élevée de haute élévation de température au voisinage de 40°, sans rémission pendant huit jours ; cette malignité dans ce cas particulier d'ailleurs, était-elle due à l'agent pathogène encore inconnu de la scarlatine seul ? Nous ne le croyons pas. En effet, on sait que ce n'est pas cet agent pathogène qui provoque l'angine pseudo-membraneuse.

Or, cette angine constatée à l'entrée a persisté, malgré de grandes irrigations boriquées dans la gorge et le nez depuis le 19 mars jusqu'au 30 mars, jour où est apparue la seconde invasion de streptocoques caractérisée par l'éruption infectieuse du 30 mars et la poussée de fausses membranes dans toute la cavité buccale.

D'autre part, le pus des otites aiguës bien que n'ayant pas été examiné venait très probablement du *streptocoque* comme c'est d'ailleurs la règle dans l'otite aiguë suppurée de la période d'éruption de la scarlatine (Louis Guinon) (1).

Est-il donc irrationnel d'admettre la virulence remarquable de cet agent d'infection secondaire dans notre cas particulier si l'on songe que le troisième jour, il avait pu déjà provoquer une otite aiguë bilatérale ? — Notre second, n'ayant pas été suivi d'aussi près ne peut être discuté de la même façon ; nous croyons cependant que la cause de ces accidents peut être rapportée à une virulence exceptionnelle des streptocoques contenus dans la bouche du malade, virulence due dans ce dernier cas à des associations microbiennes.

Fréquence. — Nous ne pouvons établir par une statistique, la fréquence de cette complication ; il est certain que très souvent dans la forme angineuse de la scarlatine on a noté l'existence de fausses membranes sur les lèvres et même la langue ; nous n'en voulons pour preuve que les observations signalées plus haut et empruntées à la thèse de *Bourges*, 1891. Mais il y a dans ces observations des différences avec nos deux cas. Dans les observations anciennes, dans celles de *Bourges*, l'angine est au premier plan, la stomatite n'est qu'accessoire. Nous-même, dans plu-

(1) *L. Guinon*. Traité de médecine, loc. cit.

sieurs cas de scarlatine, à forme angineuse, nous avons vu de fausses membranes isolées dans la cavité buccale, mais dans aucun elles n'étaient assez abondantes pour attirer sur elles l'attention au détriment de l'angine pseudo-membraneuse. Depuis cinq mois les deux observations de stomatite pseudo-membraneuse que nous rapportons, ont été les seules constatées au pavillon de la scarlatine de l'hôpital Trousseau, sur un nombre d'entrées relativement considérable. C'est donc là, nous le répétons : une *complication rare*.

Symptomatologie. — Nous distinguerons les symptômes locaux et les symptômes généraux.

Symptômes locaux. — Au point de vue local nous avons été frappé de l'analogie qui existe entre les pseudo-membranes de la bouche et celles de la gorge des sujets atteints de scarlatine à forme angineuse ; c'est le même état saignant de la muqueuse buccale qui ne peut subir le moindre attouchement. Les fausses membranes buccales reposent sur un fond manifestement ulcéré ; il semble que la muqueuse ait été érodée, rongée à ce niveau. Ce caractère était des plus nets dans nos deux observations. Il est d'ailleurs signalé à propos des fausses membranes de l'angine scarlatineuse précoce dans les mémoires originaux des premiers historiographes de la scarlatine (1) et dans tous les traités classiques.

(1) *Noirot*, loc. cit.

Il en est de même de la fétidité de l'haleine, de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires qui nous a paru cependant moins marqué et moins inquiétant dans nos deux cas qu'on ne le voit d'ordinaire dans la forme angineuse où l'adénopathie prend le plus habituellement d'énormes proportions, même dans les cas où les ganglions ne suppurent pas.

Symptômes généraux. — On connaît depuis longtemps l'aspect spécial des malades atteints de scarlatine à forme angineuse maligne ou septique. Rilliet et Barthez les comparaient aux *typhiques* et cette comparaison est très juste ; c'est le même état d'affaissement, le même facies hébété et immobile ; du délire le plus souvent tranquille, quelquefois plus intense comme dans notre première observation. Un amaigrissement rapide, l'endolorissement des masses musculaires, des eschares apparaissant sur les parties déclives rendent encore le rapprochement plus exact. Cet aspect typhoïde nous l'avons constaté d'une façon très évidente chez notre premier malade surtout, il était moins marqué chez Suz. Dum..., mais il existait cependant. Il y a donc, au point de vue symptomatique : phénomènes locaux et phénomènes généraux, une analogie complète entre la stomatite pseudo-membraneuse que nous décrivons et l'angine pseudo-membraneuse précoc.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est sévère, quoique nos deux malades aient guéri; notre premier malade en particulier était considéré comme perdu et c'est seulement après avoir constaté l'heureux effet des bains froids chez Suz. Dum..., qu'en désespoir de cause on a fait baigner le petit Van M...

Il est d'ailleurs un fait qui aggrave en lui-même le pronostic, c'est nous le verrons à propos du traitement l'inefficacité et peut-être même le danger des topiques locaux sur cette variété très particulière de fausses membranes.

Examen bactériologique. — Les examens bactériologiques de nos deux cas n'ont fait que confirmer les faits antérieurs à propos des agents pathogènes des angines pseudo-membraneuses scarlatineuses précoces. Comme les autres cités précédemment, comme MM. Wurtz et Bourges en particulier l'ont prouvé, c'est le *streptocoque pyogène*, le streptocoque de l'érysipèle associé aux microbes vulgaires de la suppuration : staphylocoques blancs et dorés, qui a été trouvé dans nos deux cas.

Diagnostic. — Il peut se faire à l'aide des commémoratifs, de la desquamation qui ne peut faire que rarement défaut puisque la *stomatite* que nous décrivons est une complication précoce de la scarlatine. Vers le dixième ou douzième jour le

diagnostic est facile. Nous ne voyons qu'une seule confusion possible avec la *diphthérie* de la bouche et des lèvres ; le principal symptôme qui en clinique permette le diagnostic c'est que dans la diphthérie des lèvres il y a une ou plusieurs larges et épaisses fausses membranes, mais qu'on n'en trouve jamais de petites généralisées à toute la cavité buccale comme celles que nous avons vues chez nos deux malades. Dans tous les cas un ensemencement sur serum pousse dans les 24 heures, lève les doutes dans les cas suspects, et confirme le diagnostic. Il sera utile de faire cet ensemencement toutes les fois qu'on devra laisser dans une salle commune les enfants atteints de stomatite pseudo-membraneuse.

En l'absence de commémoratifs et de desquamation nous croyons qu'il est cependant cliniquement possible de faire le diagnostic avec.

1. *La stomatite ulcéro-membraneuse*. — Dans laquelle les symptômes locaux sont très différents : lésions à marche très lente, fétidité extrême de l'haleine, ulcérations profondes avec détritits pulpeux qu'on a comparés à une bouillie plâtreuse, limitées à un côté de la bouche le plus souvent. Très rarement généralisées, ne s'accompagnant pas d'angine pseudo-membraneuse. Les phénomènes généraux sont nuls ou légers.

2. *La stomatite aphleuse*. — Dans la forme légère le diagnostic sera facile ; les symptômes

généraux sont moins accusés. Les aphtes commencent par des macules, puis des vésicules qu'on peut suivre à différents stades de leur évolution. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, dans les cas habituels tous ces symptômes suffiront le plus souvent à lever les doutes.

Il n'en est pas de même dans la forme grave de la stomatite aphteuse ; les auteurs, dans ces cas d'ailleurs très exceptionnels qui auraient besoin d'être repris au point de vue bactériologique, parlent de phénomènes typhoïdes graves, d'ulcérations pseudo-membraneuses généralisées à toute la bouche et à l'arrière-gorge.

3. *La stomatite impétigineuse.* — Décrite par MM. Sevestre et Gaston (1) est beaucoup plus fréquente dans la rougeole que dans la scarlatine. Elle peut apparaître d'ailleurs spontanément chez des enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques ; dans tous les cas c'est une stomatite des parties antérieures de la cavité buccale et tout spécialement du bord libre des lèvres et des commissures ; elle ne forme jamais sur la langue, le voile du palais, les fausses membranes que nous avons vues dans la forme qui fait le sujet de cette thèse. Au point de vue bactériologique elle est due spécialement aux staphylocoques blancs et jaunes.

(1) *Sevestre et Gaston.* Société médicale des hôpitaux, 1891.

Traitement. — On nous permettra d'insister sur le traitement qui a été employé ici. Nous ne voulons pas refaire l'historique du traitement des scarlatines malignes par la balnéation froide. L'opinion est faite sur ce point et longtemps avant que la méthode de Brand fût connue on avait appliqué aux scarlatines hyperthermiques le traitement des bains froids. Les cliniciens les plus autorisés de France et d'Angleterre furent les partisans convaincus de cette thérapeutique. Aujourd'hui la cause est gagnée et tout le monde est d'accord pour employer avec toute la prudence et toutes les précautions nécessaires, l'eau froide comme traitement des scarlatines malignes.

Il faut avouer cependant que l'emploi des bains froids avait été réservé à la période d'éruption et que leur indication était réservée aux scarlatines hyperthermiques, à forme ataxique d'emblée.

L'emploi répété des bains froids fait par M. le docteur Sevestre dans son service de l'hôpital Trousseau, les preuves aujourd'hui faites que ces bains sont sans danger chez les enfants, les heureux résultats obtenus dans certains cas de maladies infectieuses considérés comme désespérés, ont déterminé M. Sevestre à prescrire les bains froids à nos deux malades. Il y était d'autant plus autorisé qu'on sait depuis longtemps que la plupart des topiques placés sur cette variété de fausses membranes, enchâssées dans une muqueuse saignante et ulcérée, sont loin d'avoir les bons résultats

qu'on observe dans l'angine diphtéritique ordinaire.

Il y a là un fait analogue à celui qu'on voit dans les diphtéries toxiques, dans lesquelles, la muqueuse également ulcérée et saignante, présente des analogies frappantes avec celle des scarlatineux atteints de forme angineuse. Dans ces cas les colutoires antiseptiques agissant souvent comme caustiques sont plus nuisibles qu'utiles.

Les bains froids furent donc prescrits à nos deux malades; les bains courts de 5 minutes de durée sont donnés à 20°, on les fait précéder d'une piqure de un demi centimètre cube de solution de caféine (0,10 c.) et pendant la période de réaction, on donne aux enfants du Todd et des boissons chaudes. La température est prise immédiatement avant le bain et deux heures après quand on retire l'enfant de la couverture dans laquelle il fait sa réaction.

Nous ne voulons pas dire que les bains froids aient guéri radicalement nos malades; nous ferons seulement remarquer que les accidents qui n'avaient pas cédé aux grandes irrigations boriquées de la bouche et du nez, que la température qui restait très élevée malgré le sulfate de quinine, que tous ces phénomènes généraux graves ont rétrocedé très rapidement en 24 heures pour Suz... Dum..., en 36 heures pour Van M... A la suite de ce traitement nous ferons remarquer en outre ce fait des plus intéressants; c'est que les lésions locales elles-mêmes ont guéri avec une rapidité véritablement

extraordinaire et qu'en quelques jours la bouche des deux enfants était devenue absolument méconnaissable.

Nous avons vu d'ailleurs depuis cette époque d'heureux résultats obtenus de la balnéation froide dans les formes angineuses de la scarlatine. MM. Legendre et Baussenat (1), dans une récente communication faite à la Société des hôpitaux, ont noté également les bons effets des bains froids dans le traitement de l'érysipèle. Quoiqu'il en soit, nous nous bornons à signaler les heureux résultats du traitement par les bains froids dans nos deux cas particuliers, comprenant bien qu'un plus grand nombre de faits est nécessaire pour faire des indications et des conclusions fermes sur cette partie de notre sujet.

Les grandes irrigations d'eau phéniquée à un pour cent dans la bouche et le nez n'ont pas été faites à nos malades. Des résultats remarquables obtenus dans le traitement des formes angineuses de la scarlatine par ces irrigations, nous engageraient à l'avenir à les prescrire dans les nouveaux cas que nous pourrions avoir à traiter.

(1) *Legendre et Boussenart. Société des hôpitaux, 1893.*

CONCLUSIONS

En dehors des angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine, il y a des cas, rares d'ailleurs, dans lesquels l'extension des fausses membranes à *la totalité de la cavité buccale* donne lieu à une *stomatite pseudo-membraneuse* qui, en clinique, évolue pour son propre compte et relègue au second plan l'angine pseudo-membraneuse.

Les caractères des fausses membranes, l'état de la muqueuse buccale dans cette stomatite, les symptômes généraux typhoïdes qui l'accompagnent, présentent les plus grandes analogies avec les phénomènes qu'on observe dans les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine à forme grave et septique.

L'agent pathogène est le même dans les deux cas, c'est le *streptocoque de l'érysipèle* associé à d'autres cocci en particulier aux *staphylocoques dorés* et aux *staphylocoques blancs*.

Dans les deux cas que nous rapportons, le traitement par les bains froids à 20 degrés, a été suivi *rapidement* de la disparition des phénomènes généraux inquiétants, et de la réparation de lésions locales très étendues.

Vu : Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

